

RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR ACTIVER LES REMBOURSEMENTS ET EVITER LES REJETS

Conditions générales :

- Le cadre réservé à l'adhérent doit être dûment renseigné.
- Le cadre réservé au médecin doit être renseigné par le praticien lui-même notamment la nature de la maladie.
- La validité de la feuille de soins est limitée à 3 mois à compter de la première consultation.
- L'entente préalable est exigée pour toute hospitalisation médicale, chirurgicale, soins dentaires spéciaux, extractions multiples, parodontie orthodontie, prothèses dentaires, prothèses auditives ou orthopédiques ainsi que pour tous les actes effectués en série.
- En cas d'accident, une déclaration précisant les causes et circonstances de l'accident est à joindre à la feuille de soins.

Pharmacie :

- Les vignettes des médicaments doivent être obligatoirement jointes aux ordonnances.
- Pour les médicaments sans vignettes une facture de la pharmacie doit être jointe.

Radiologie et Biologie :

- La facture ainsi qu'une copie des résultats des analyses ou du compte rendu (sous pli confidentiel) doivent être jointes à l'ordonnance médicale pour toute demande de remboursement.
- Un pli confidentiel du médecin prescripteur des analyses ou radios peut être demandé par le médecin conseil de la mutuelle.

Optique :

- L'ordonnance du médecin prescripteur et la facture de l'opticien sont à joindre à la feuille de soins.

Rééducation :

- L'entente préalable renseignée par le médecin prescripteur est exigée avant le début des séances de rééducations.
- Pour le remboursement, la facture et le calendrier des séances effectuées sont à joindre à la feuille de soins.

Dentaire :

- En cas de prothèses ou de traitement canalaires, l'accord préalable renseigné sur la feuille de soins est obligatoire avant le début de traitement.
- La facture doit être jointe à la feuille de soins pour toute demande de remboursement.
- La radio-après soins est obligatoire en cas de prothèses ou de traitement canalaires.

Maladie et Affection Longue Durée ALD et ALC :

- La déclaration de maladie chronique doit être renseignée par le médecin prescripteur et renouvelée tous les 6 mois.



Déclaration de Maladie
M22- 0005385

☒ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 6930 Société : 127642

☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : IMEHLI - MOHAMMED

Date de naissance : 08/10/1961

Adresse : 444 LAKRIMATE Rue 29 N°16
Ain Chok Casa

Tél : 0666247075 Total des frais engagés : 200,00 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 23/07/2022

Nom et prénom du malade : LIANAN MOUDA Age :

Lien de parenté : ☐ Lui-même ☒ Conjoint ☐ Enfant

Nature de la maladie : Sangle et cervical

Affection longue durée ou chronique : ☐ ALD ☐ ALC Pathologie :

En cas d'accident préciser les causes et circonstances :

Dans le cas où la maladie aurait un caractère confidentiel, communiquer les renseignements sous pli confidentiel à l'attention du médecin conseil de la Mutuelle.

J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés sur la présente déclaration. Je déclare avoir pris connaissance de la clause relative à la protection des données personnelles.

Fait à : Casa Le : 29/07/22

Signature de l'adhérent(e) :

Autorisation CNDP N° : A-A-215 / 2019

Adresses Mails utiles

- Réclamation : contact@mupras.com
- Prise en charge : pec@mupras.com
- Adhésion et changement de statut : adhesion@mupras.com

La MUPRAS garantit le respect de la loi n° 09-08 relative à la protection des personnes physiques à l'égard du traitement des données à caractère personnel.

MUPRAS : Centre Allal Ben Abdellah - 6ème Etage Angle Rue Mohamed Fakir et Rue Allal Ben Abdellah - Quartier de l'Horloge
Casablanca 20000 - Tél. : 05 22 20 45 45 (LG) - Fax : 05 22 22 78 18 - www.mupras.com

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

Dates des Actes	Natures des Actes	Nombre et Coefficient	Montant détaillé des Honoraires	Cachet et signature du Médecin attestant le Paiement des Actes
le 23/07/2022		Gratuite	=	

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
	le 23/07/2022	radiographie Cervicale	2000

AUXILIAIRES MEDICAUX

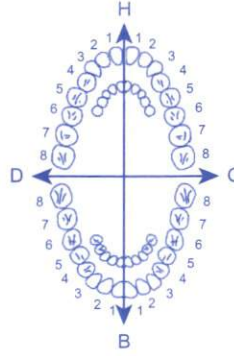
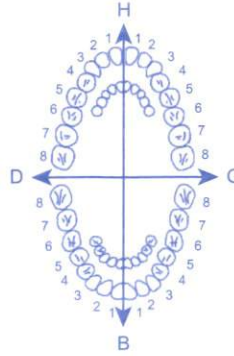
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

Important :

Veillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canaux, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	
				COEFFICIENT DES TRAVAUX
				MONTANTS DES SOINS
				DEBUT D'EXECUTION
				FIN D'EXECUTION
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE H 25533412 21433552 00000000 00000000 D 00000000 G 00000000 35533411 11433553 B			COEFFICIENT DES TRAVAUX
	(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			MONTANTS DES SOINS
				DATE DU DEVIS
				DATE DE L'EXECUTION

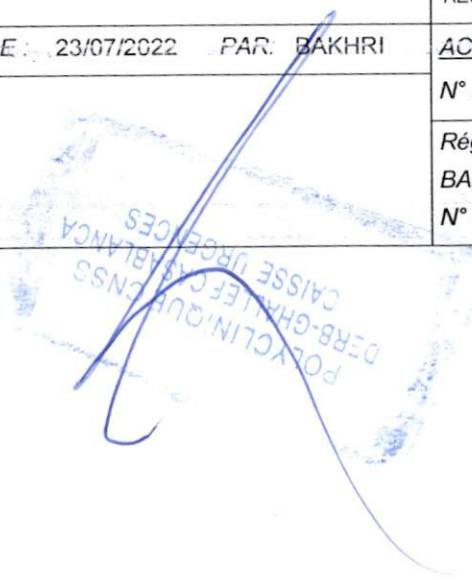
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION



N° IPP : 1136364	N° SEJOUR : 220063587	FACTURE N° 2203025010		DATE D'ENTREE : 23/07/2022		DATE DE SORTIE : 23/07/2022					
ASSURE :		UF: 5003 RADIOLOGIE N° IMMAT C.N.S.S : N° D'ADHERENT OU DE MUTUALISTE : N° SE. SOC. ETRANG. :		DESTINATAIRE : MIAMAR,Houda							
MALADE : MIAMAR,Houda											
NOM JEUNE FILLE :											
TIERS PAYANT 1 :											
TIERS PAYANT 2 :											
REF. PC 1 :		REF. PC 2 :									
NATURE DE PRESTATION		LETRE CLE	NOMBRE x COEF	PRIX UNITAIRE	TOTAL	TIERS PAYANT 1 % / Dh MONTANT		TIERS PAYANT 2 % / Dh MONTANT		PART DU MALADE % / Dh MONTANT	
ACTES DE RADIOLOGIE ECHOGRAPHIE		ECHOGR	1.00	200.00	200.00					0.00 200.00	

Intervenant : 08102007 DR MESTOUR MOHAMED	TOTAUX :	200.00						200.00
Arrêtée la présente facture à la somme de :		PLAFOND PC :					ACOMPTE:	
DEUX CENTS DHS		REMISE :	0.00	REGLE :	200.00		AVOIR :	
		RESTE DU:	0.00					
DATE FACTURE : 23/07/2022		EDITEE LE : 23/07/2022		PAR: BAKHRI		ACCIDENT DE TRAVAIL :		
VISA		N° DE POLICE :		DATE AT :				
		Règlement à effectuer à l'ordre de :		POLYCLINIQUE CNSS - Derb Ghallef				
		BANQUE :		BMCE - AGENCE MOULAY DRISS 1ER - CASABLANCA				
		N° compte bancaire :		011 780 0000 70 210 00 60 028 31				



وصفة
ORDONNANCE



Le 23/07/2022

9 = 91A9AR Houda,

Souffle latéro.Cervicale

⇒ Echographie Cervicale

POLYCLINIQUE CNSS
DERB-GHALLEF CASABLANCA
MAROC URGENCES

Dr: BENSCHIR Imad
Généraliste
INSEE : 091263491



Radiologie Numérique - Echographie - Doppler Couleur
Scanner Multibarettes - Angioscanner - IRM

Casablanca le : 23/07/2022

Patient (e) : MIAMAR HOUDA

ECHODOPPLER DES TRONCS SUPRA AORTIQUES

- Pas surcharge athéromateuse avec une EIM (épaisseur intima-média) normale des carotides des 2 cotés
- A noter des petites plaques athéromateuse focale stables bulbaires bilatérales
- Les artères carotides commune, interne et externe des 2 cotés sont de calibre normal et présentent un flux non résistif normo modulé, sans signe direct ou indirect de sténose.
- Pas de perturbations hémodynamiques
- Les artères vertébrales sont de calibre normal avec flux normalement modulé.

CONCLUSION

- **Absence de sténose morphologique ou vélocimétriques notables**

DR MESTOUR